

Departamento Tropical de la Facultad de Medicina de Bogotá.

DOS CASOS DE ESPLENECTOMIA PARA ESPLENOMEGALIA CRONICA

Por *Luis Patiño-Camargo.*

Como un trabajo del Departamento Tropical de la Facultad de Medicina de Bogotá, doy cuenta de dos casos de esplenomegalia crónica curados por tratamiento quirúrgico. Estimo conveniente dar este informe porque la hipertrofia crónica del bazo es grave calamidad para muchas gentes pobres de la zona cálida del territorio colombiano. Hombres y mujeres cronológicamente jóvenes, se convierten por "tener bazo", según el decir popular, en decrepitos parásitos por largos años, en enfermos permanentes, con terminación fatal después de un largo padecer.

Con los caminos recientes que han puesto a Bogotá en fácil contacto con la periferia de la república, los enfermos crónicos afluyen en mayor número hacia los hospitales de la capital. Y los pacientes anémicos con enormes bazos escleróticos se vuelven clientes vitalicios de los servicios hospitalarios. El viacrucis de estos dolientes desde que el tumor y la anemia los incapacita para trabajar, hasta su muerte, es largo y penoso y va marcado por las estaciones periódicas en las clínicas, el fracaso de los tratamientos y el avance de la enfermedad. El profesor agregado doctor Pedro J. Sarmiento, autoridad en la materia porque su experiencia se funda en 20 años de práctica en los servicios tropicales, relata gráficamente la inutilidad de los tratamientos con que los médicos de buena voluntad acompañan el peregrinar hacia la muerte de estos dolientes esplenomegálicos que fatalmente terminan con el cuadro anatómico-clínico de la cirrosis de Laennec.

Desde los primeros días de mi ascenso a la clínica, animado por el doctor Sarmiento, he venido interesado en el problema. Después de concienzudo estudio y de haber practicado sin accidentes 71 esplenectomías en ratones, ratas, curies, conejos chacures, perros y monos rhesus, decidí emprender el tratamiento radical de la extirpación del bazo para los casos indicados. El éxito rotundo obtenido

con la curación completa de las personas operadas, motiva ésta comunicación.

A la colaboración de los jefes de clínica doctores Carlos Chapparro y Rojas Turriago, de los internos, Hermanas y enfermeros del Departamento Tropical, se debe tan halagüeño resultado.

Y antes de transcribir el resumen de las historias y formular algunos comentarios, quiero dar explicaciones de mi intromisión en cirugía: primero, es la cirugía de mi especialidad; y segundo, tuve la suerte en mis años mozos de ser ayudante y jefe de clínica del profesor Zoilo Cuéllar Durán, hombre extraordinario y cirujano genial que realizó en Colombia el arquetipo del cirujano imaginado por el maestro francés: ojos de águila, corazón de león y manos de mujer. Que la sombra venerada y eximia del Profesor Cuéllar, reciba el homenaje que le rinde el más oscuro pero el más fervoroso de sus discípulos.

Historia I^a—Clínica de enfermedades Tropicales del Hospital de San Juan de Dios.

A. M. Varón de 46 años. Origen: Candelaria (Valle). Residencias: Candelaria, Cartago, Girardot y otros sitios cálidos. Jornalero en agricultura y ganadería. Llegó al servicio el 17 de enero de 1940.

Refiere que su padre murió en la guerra y sufría de paludismo. La madre padeció siempre paludismo y úlceras de las piernas y murió de enteritis hace 17 años. Tuvo dos hermanos, ambos muertos.

Sufrió en la niñez tos ferina, sarampión y viruela. Desde la adolescencia tuvo úlceras de las piernas, reabiertas luego en varias ocasiones. A los 17 años le comenzaron ataques de fríos y calenturas. Por toda su vida ha sufrido de paludismo, con pausas de meses y a veces de años. Gripas y resfriados frecuentes. En los últimos años comienza a sentir dolor y pesantez por un tumor del lado izquierdo del vientre, que le dificulta la marcha y el trabajo. A mediados de 1938 le dieron grandes accesos de fríos y fiebres. Se debilitó y se agotó mucho. Notó debilidad genésica. El tumor en el lado derecho del vientre llegó a ser tan pesado y doloroso, que el trabajo se le hizo cada día más difícil. De pronto, después de sentir cansancio, decaimiento y mareos, le sobrevinieron grandes vómitos sanguinolentos y negruzcos, como asiento de café. Luego deposiciones igualmente sanguinolentas y negruzcas. Estuvo hospitalizado en Medellín, después en Cali y más tarde en Girardot. En los hospitales lo trataron con quinina, atebina y plasmoquina. Por úl-

timo resolvió venirse a Bogotá e ingresó a la Clínica Tropical el 17 de enero de 1940.

Es hombre bien conformado, corpulento, de tipo blanco. Enflaquecido. Deprimido. Anémico. En la cara, singularmente en los pómulos y la frente, tiene manchas de color sepia, semejantes a las de adisonianos e insuficientes hepáticos. Cicatrices de úlceras en las piernas. Mucosas pálidas y anémicas. Dientes normales y casi todos sanos. Apetito normal. Evacuaciones diarias. Pulso 76. Temperatura 36.2° C. Tensión 9-14.

Del examen general se comprueba la existencia de un tumor abdominal, anemia, y el hígado ligeramente doloroso.

El tumor ocupa el hipocondrio y flanco izquierdo, invade el lado derecho hasta unos centímetros encima de la cresta ilíaca derecha. Es una esplenomegalia enorme.

La sangre mostró: eritrocitos 2,400.000. Leucocitos 3.000. Neutrófilos 35. Eosinófilos 10. Basófilos 1. Linfocitos 36. Monocitos 9. (*). Anisocitosis, poikilocitosis, policromatofilia. Linfoblastos 3. Normoblastos 1. Hemoglobina 50%. Ausencia de hematozoarios. La orina 5.80 de úrea. 12 grms. de cloruros, 0.60 de fosfatos. Sin elementos anormales. Reacciones de Wassermann y Kahn del suero sanguíneo, negativas. Reacción de Henry negativa. Las deposiciones tienen escasos huevos de áscaris y tricocéfalos.

Las pesquisas de plasmodios de paludismo en la sangre, después de esplenocentración, en la pulga esplénica y en la medula ósea* resultan negativas.

En febrero sufre una severa bronquitis gripal con temperaturas altas, tos y expectoración.

El 22 de abril, sorpresivamente, le sobreviene una copiosa enterorragia muy dramática que se repite el 23 y lo deja tan postrado que se teme por su vida. Repetidos exámenes de heces, no revelan parásitos. El 30 otra crisis de abundantes deposiciones sangui-nolentas, agrava la situación. El 10 de mayo, síntomas de nueva hemorragia y ascenso térmico por encima de 39° C.

El día 24 de mayo los radiólogos dan el siguiente parte: "por los datos radiológicos podemos concluir que no hay lesión orgánica gástrica ni duodenal, pero sí existen signos que nos permiten afirmar la existencia de un proceso de colitis crónica acompañada de una gran hipertrofia del bazo. CEP".

En junio los exámenes de sangre, a pesar de todos los tratamientos y singularmente de apreciables cantidades de extractos hepáticos, revelan: eritrocitos 3.000.000. Leucocitos 2.400. Neutrófilos

(*) Recuento incompleto.

52. Eosinófilos 14. Basófilos 1. Linfocitos 23. Monocitos 7. Formas de cayado 2. Células de Turck 1. Hemoglobina 52%. Valor globular 0.8. Bilirrubinemia directa: 1 miligramo, indirecta: negativa. Tiempo de coagulación 8 minutos.

Un examen de pulpa esplénica, tres de medula esternal y 30 de sangre en diferentes días, unos después de esplenotomía, han sido negativos para hemoparásitos. La situación del paciente es cada día más precaria.

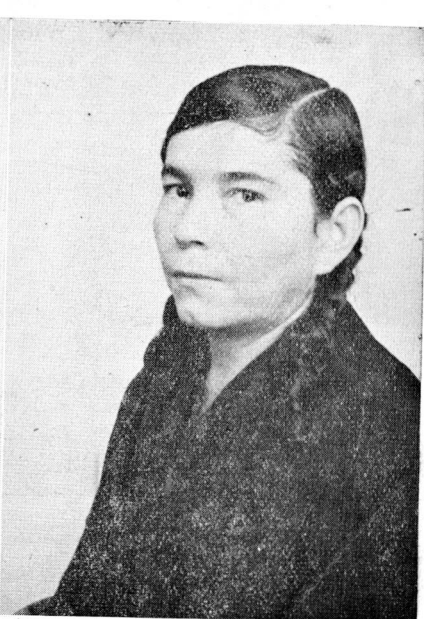
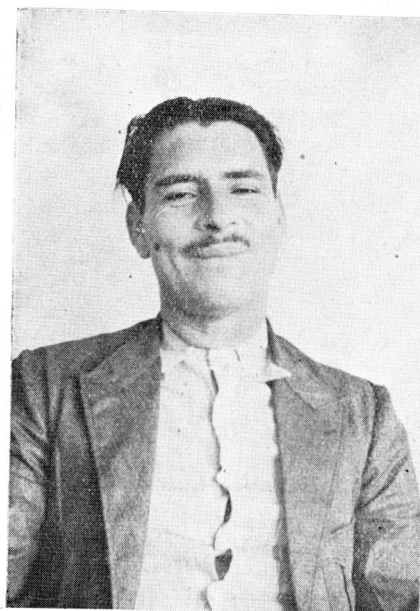
En varias lecciones a los alumnos de la Clínica y en una reunión de los departamentos tropical y quirúrgico, discuto los posibles diagnósticos entre las numerosas entidades de los síndromes esplenohepático, esplenohemático, esplenoadénico y esplénico puro y acojo como más probable, el de *fibroadenia esplénica* o *síndrome de Banti*. Edifico la argumentación del diagnóstico en los siguientes hechos: 1) enorme esplenomegalia; 2) ausencia actual de paludismo, leishmaniasis, sífilis y tuberculosis, clínicamente demostrables; 3) anemia de tipo hipocrómico; 4) leucopenia; 5) repetidas gastrorragias y enterorragias súbitas y copiosas; 6) evolución lenta, prolongada e irremisible. Decido extirpar el bazo.

Con una práctica previa de 71 esplenotomías, realizadas con éxito en animales de laboratorio, me creo autorizado para intentar la operación en el hombre. Gentilmente el cirujano Profesor Cruz, ofrece su sala de operaciones para el acto quirúrgico que realizo el día 11 de junio de 1940 ayudado por los jefes de clínica doctores Rojas y Chaparro, ante los alumnos de las clínicas tropical y quirúrgica y de algunos profesores. Anestesia general por mezcla. Incisión lateral izquierda amplia. Desprendimiento de adherencias. Ligaduras con catgut. Extirpación total del bazo, cuyas dimensiones son: 30 cms. de longitud por 15 cms. de anchura y 1.520 gramos de peso. Se cierra la herida en tres planos. Antes de la intervención se aplicó 1 miligramo de adrenalina. Después suero.

El 14 el número de eritrocitos fué de 4.800.000. Leucocitos 15.000. El 15, 6.050.000 y 14.400.

El informe histológico hecho por el patólogo doctor M. Sánchez Herrera, confirmatorio del diagnóstico clínico, es el siguiente:

“Esplenomegalia con esclerosis difusa. El corte muestra al microscopio parenquima esplénico en el cual se aprecia muy mal la estructura. En el tejido reticulado hay hiperplasia tanto en la región de los folículos linfoides como en la medula. Los senos presentan congestión, espesamiento de las paredes de las cuales se desprenden bandas de tejido reticulado. El endotelio es cuboide en algunos campos. No hay infiltración por pigmentos de origen hemático. En la cápsula se observa espesamiento y a veces ligera infiltración leucocitaria mononuclear. En las arterias lo que más lla-



A. M.

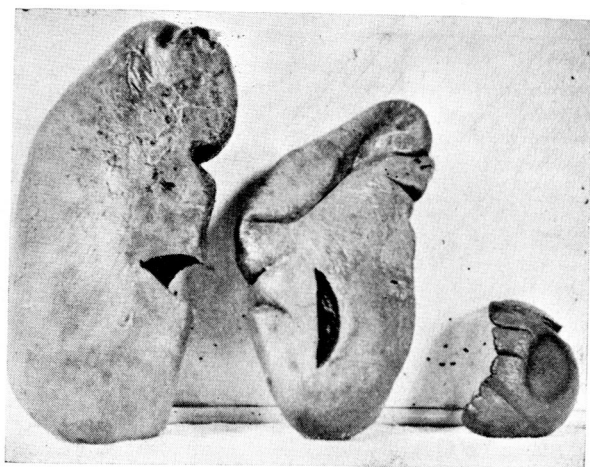
Esplenectomizado el día 11 de junio de 1940.

Fotografía tomada en agosto de 1941.

C. R.

Esplenectomizada el día 11 de enero de 1941.

Fotografía tomada el 26 de marzo.



N° 1.

N° 2.

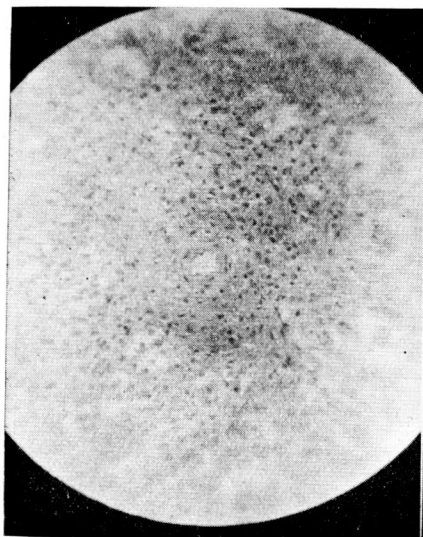
N° 3.

N° 1. Bazo de A. M.—Dimensiones: Longitud, 30 centms; anchura, 15 centms.

Peso, 1,520 gramos. Operado el día 11 de junio de 1940.

N° 2. Bazo de C. R. — Dimensiones: Longitud, 25 centms.; anchura, 12 centms.; profundidad o grosor, 6 centms. Peso, 984 gramos. Operado el día 11 de enero de 1941.

N° 3. Bazo normal.

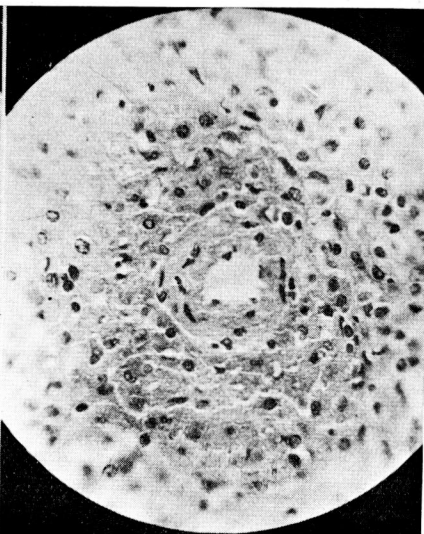


MICROFOTOGRAFIA N° 1.

280 diámetros.

A. M.

Centro de un corpúsculo de malpighio que muestra esclerosis.

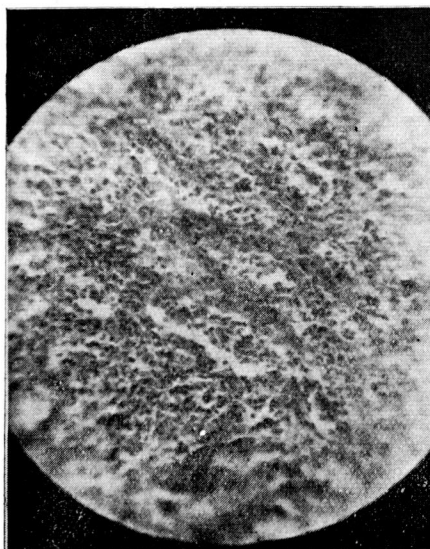


MICROFOTOGRAFIA N° 2.

630 diámetros.

A. M.

El mismo campo microscópico con mayor aumento. Muestra esclerosis de un corpúsculo de malpighio. La pared de la arteria se ve engrosada y la adventicia se confunde con el retículo. Los linfocitos son marcadamente escasos.

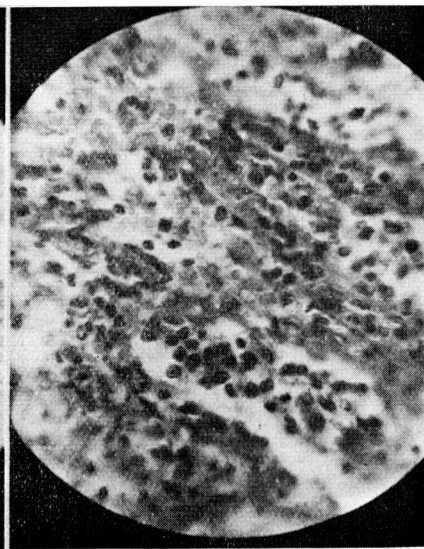


MICROFOTOGRAFIA N° 3.

280 diámetros.

C. R.

Se puede apreciar la congestión vascular.



MICROFOTOGRAFIA N° 4.

630 diámetros.

C. R.

El mismo campo. Se ve la dilatación de un vaso sanguíneo y la proliferación del retículo.

ma la atención, es el espesamiento de las paredes y el aumento del tejido peri-vascular".

Sobrevino un incidente: un alumno excesivamente acucioso quiso auscultarlo al cuarto día y lo obligó a sentarse con grande esfuerzo: cedieron unos puntos y se hizo una eventración. Manó por muchos días un líquido claro. Luégo se presentó bronconeumonía con pleuresía (*). En octubre el doctor Rojas reconstruyó la pared eventrada.

Durante el tiempo de hospitalizaciones, este individuo ha recibido tratamiento médico con las siguientes drogas: Hormoquinán. Quinina. Atebrina. Plasmoguina. Neoestivosán. Neosalvarsán. Extractos hepáticos. Extractos esplénicos. Calcio. Emetina. Ergotina. Suero en varias ocasiones. Carbonil. Neumonil. Antibixina. Dienol. Electroargol.

(*) Con el líquido pleurítico, se inocularon curies que no dieron reacción alguna.

CUADRO Nº 1

EXAMENES HEMATOLOGICOS DE A. M. PRACTICADOS EN EL LABORATORIO DE PARASITOLOGIA.

Departamento de Medicina Tropical.

FECHA	ERITROCITOS	LEUCOCITOS	N	E	B	L	M	OBSERVACIONES
I-20/40	2.410.000	3.000	35	10	1	36	9	Anisoc. Poik. Policrom. Linfoblastos 3. Normoblastos 1
I-27/40			12	4	0	83	1	
V-5/40	3.020.000	2.400	52	14	1	23	7	Form. de cayado 2 Cél. de Turck 1 H = 52%Vg. = 0.8
VI-14/40	4.800.000	15.000						
VI-15/40	6.050.000	14.400						
VII-15/40	3.400.000	15.800	65	11	0	20	4	
VII-16/40	3.200.000	14.800	66	5	0	27		Form. juveniles 1 Cayado 1 Bastón 1
VIII-27/40	6.610.000	13.200	60	11	1	25	2	
XI-28/40	4.520.000	20.800						
I-29/41	4.620.000	11.200	43	9	0	43	5	

Todo fué entrando en orden y armonía. Hoy el cuadro hemático es normal. El individuo está curado y muestra aspecto saludable. Ahora, febrero de 1942, es jardinero ayudante del Instituto Lleras y goza de buena disposición y energía.

Resumen: caso de un hombre con esplenomegalia crónica por esclerosis difusa y anemia de origen obscuro, con el cuadro de síndrome de Banti en el período de las hemorragias, rebelde a todo tratamiento médico, curado por esplenectomía.

Historia 2ª—Clínica de enfermedades tropicales del Hospital de San Juan de Dios.

C. R. Mujer de 30 años. Origen: La Paz, Municipio de Guaduas. Residencia, orillas del río Magdalena desde los 12 años, principalmente Puerto Salgar. Jornalera. Llegó al Servicio el 30 de octubre de 1940. Salió el 28 de marzo de 1941 por curación.

El padre murió de epilepsia. La madre vive. Ha tenido 3 hijos, uno vivo de 10 años y dos muertos en la niñez. De 8 hermanos, 4 han muerto.

Sufrió las enfermedades eruptivas propias de la niñez. Regló a los 12 años. En la primera juventud tuvo tifoidea. A los 16 años nació su primer hijo. Los demás con intervalos de uno a dos años. Al mes de llegar a la orilla del Magdalena comenzó a sufrir de fríos y fiebres. En repetidas ocasiones tuvo que guardar cama. Hace unos diez años principió a sentir peso en la región del hipocondrio izquierdo. Luégo dolor sordo. Un día tocó un tumor por debajo de la reja costal. El tumor en ocasiones se hacía doloroso. Lentamente invadió toda la parte izquierda del vientre y fué bajando hacia el lado derecho. En los últimos años las fiebres eran casi continuas. Fué a Honda y consultó con el doctor Motta-Salas quien le prescribió un tratamiento y le aconsejó trasladarse a Bogotá y hacerse operar. Sobrevino debilitamiento. Fatiga. La capacidad de trabajo disminuyó. La situación de agotamiento y los dolores en el tumor, la obligaron a venir al Hospital. Entró a la Clínica de Enfermedades Tropicales el 30 de octubre de 1940.

Es mujer bien conformada. Tipo casi blanco. Anémica. Deprimida. Mucosa bucal muy pálida. Dientes bien implantados y sanos. Pulso normal. Temperatura 37.2° C.

El examen clínico demuestra un tumor grande del abdomen y un estado anémico. Se define que el tumor es una esplenomegalia. El examen de la sangre da: 3'320.000 hematíes. 3.800 leucocitos. 57 neutrófilos. 12 eosinófilos. 1 basófilo. 34 linfocitos. 5 monocitos y una forma en bastón. Hemoglobina 60%. En repetidos exámenes no se encuentran plasmodios. Las reacciones de Wassermann y Kahn,

son negativas. La orina revela huellas de albúmina. 570 de urea. 10 de cloruros. 0.80 de fosfatos. En las deposiciones hay huevos de tri-cocéfalos.

Se hace el diagnóstico de *esplenomegalia esclerótica con anemia de origen palúdico*.

Se le han prescrito tratamientos médicos con las siguientes drogas: vermífugos. Atebrina. Plasmokino. Quinina. Neosalvarsán. Bismuto. Extractos de órganos. Calcio.

En enero como no se observara mejoría de la anemia ni de la esplenomegalia, decido la intervención quirúrgica. La practico el día 11 de enero de 1941 en la sala del Profesor Cruz, ayudado por el doctor Carlos Chaparro. Anestesia general por mezcla. Incisión lateral izquierda, desprendimiento de adherencias. Ligadura de los pedículos con seda. Extirpación total del bazo. Cierre de la pared en varios planos. La pieza extraída tiene: 25 x 12 x 6 centímetros y pesa 984 gramos.

El diagnóstico histológico practicado por el doctor Manuel Sánchez Herrera, patólogo de la Facultad de Medicina, es el siguiente:

"Hematoxilina. Eosina. Giemsa. *Esplenitis crónica. Esplenomegalia. No se encontraron microorganismos.* Los cortes hechos muestran al microscopio tejido esplénico afectado por un proceso inflamatorio. Lo que más llama la atención es una enorme congestión. Los corpúsculos de Malpigio son muy escasos. Hay abundante proliferación del tejido reticulado y no son raros los leucocitos polinucleares. Se observa infiltración pigmentaria muy moderada, unas veces de color café oscuro y otras amarillo dorado".

Al siguiente día de la operación la temperatura ascendió a 39.1º C. Al tercero descendió a la normal. No hubo incidente alguno post-operatorio.

La enferma está curada, se muestra muy animosa y el resultado del examen de la sangre practicado el 22 de marzo arroja: 3.980.000 de glóbulos rojos. 8.200 de glóbulos blancos. 90% de hemoglobina. Neutrófilos 45. Eosinófilos 11. Basófilos 1. Linfocitos 38. Monocitos 4. Metamielocitos 1.

El 28 de marzo sale del servicio y regresa a su casa de Puerto Salgar donde ha continuado en buena salud.

CUADRO Nº 2

EXAMENES HEMATOLOGICOS DE C. R. PRACTICADOS EN EL
LABORATORIO DE PARASITOLOGIA.

Departamento de Medicina Tropical.

FECHA	ERITROCITOS	LEUCOCITOS	N	E	B	L	M	OBSERVACIONES
XI-4/40	3.320.000	3.800	57	2	1	34	5	Form. en bastón 1
XII-28/40	5.000.000	7.200	47			39	10	Cel. de Rieder 1 Bastón 1
I-9/41	3.240.000	3.400	55	9	8	26		Form. en bastón 2
I-10/41	2.680.000	?	46	14		37	2	Normoblastos 1 Cél. de Rieder 1
I-17/41	3.100.000	7.500	34	32	3	34		
I-22/41	4.000.000	4.000	41	18		37	1	
II-15-41	4.160.000	9.400	42	7		48	2	Fomr. en bastón 1
III-4/41	4.880.000	?	39	9		44	5	Metamielocitos 2 Cel. de Turck 1. H = 80%
III-13/41	3.060.000	10.400	36	17	1	44	3	H = 68%
III-22/41	3.980.000	8.200	45	11	1	38	4	Metamielocitos 1 H = 90%

Consideraciones:

1º A la clínica tropical del hospital de San Juan de Dios de Bogotá, ingresan procedentes de las regiones cálidas, numerosos pacientes con esplenomegalias crónicas; 2º Relatan antecedentes palúdicos; 3º Presentan anemia concomitante de tipos variados; 4º Los tratamientos médicos y los procedimientos de esplenotomía no reducen el tamaño del bazo ni mejoran la anemia; 5º El cuadro histológico de los bazo extirpados quirúrgicamente, muestra cambios definitivos de estructura; 6º Esos cambios histológicos son físicamente irreductibles; 7º Dos casos muy graves, operados, han dado un resultado sorprendente por la curación sólida y definitiva y el aspecto floreciente de los esplenectomizados; 8º Luego, el tratamiento racional de las esplenomegalias crónicas, escleróticas con anemia, es la esplenectomía.

No entro en detalladas consideraciones, porque mi propósito

es sencillamente relatar dos historias clínicas. Pero anoto como personal apreciación, que posiblemente la mayoría de los fracasos de la esplenectomía, se deban a que se extirparon bazo de cirróticos hepáticos, leucémicos, palúdicos agudos, tuberculosos o sifilíticos, casos en los cuales estimo la operación contraindicada.